

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

157

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 3 février 1910, à 1 heure

PAR

M. GEORGES DELACOU

Ancien Interne à l'Hôpital Saint-Joseph

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PLEURÉSIE SÉRO-FIBRINEUSE TRAUMATIQUE

sans fracture de côte

Président : M. RAYMOND, professeur.

Juges : { MM. HUTINEL
GILB. BALLET } *professeurs agrégés.*
GOUGET

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

H. CHACORNAC, ÉDITEUR

9, Rue de l'Éperon, 9

1910

157

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Année 1910

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 3 février 1910, à 1 heure

PAR

M. GEORGES DELACOU

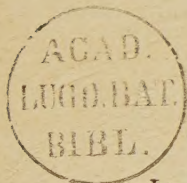
Ancien Interne à l'Hôpital Saint-Joseph

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PLEURÉSIE SÉRO-FIBRINEUSE TRAUMATIQUE

sans fracture de côte



Président : M. RAYMOND, professeur.

Juges : { MM. HUTINEL
 GILB. BALLET } *professeurs agrégés.*
 GOUGET }

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

H. CHACORNAC, ÉDITEUR

9, Rue de l'Éperon, 9

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. LANDOUZY
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	NICOLAS
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	GARIEL
Chimie organique et chimie générale.....	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	X...
Pathologie chirurgicale.....	DEJERINE
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.....	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.....	HARTMANN
Thérapeutique.....	POUCHET
Hygiène.....	GILBERT
Médecine légale.....	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.....	CHAUFFARD
Clinique médicale.....	ROGER
Maladie des enfants.....	HAYEM
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..	DIEULAFOY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	DEBOVE
Clinique des maladies du système nerveux.....	LANDOUZY
Clinique chirurgicale.....	HUTINEL
Clinique ophtalmologique.....	GILBERT BALLET
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GAUCHER
Clinique d'accouchements.....	RAYMOND
Clinique gynécologique.....	PIERRE DELBET
Clinique chirurgicale infantile.....	QUENU
Clinique thérapeutique.....	RECLUS
	SEGOND
	DE LAPPERSONNE
	ALBARRAN
	PINARD
	BAR
	RIBEMONT-DES.
	SAIGNES
	POZZI
	KIRMISSON
	A. ROBIN

Agrévés en exeroice

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGREY	POTOCKI
BESANÇON FERN.	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LÈPER	RENON
BROCA ANDRÉ	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ MARCEL	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MES PARENTS

MEIS ET AMICIS

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

A mes Maîtres de l'hôpital Saint-Joseph

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAYMOND

INTRODUCTION

Il nous a été donné d'observer, dans le service de M. le docteur Leroux, médecin de l'hôpital Saint-Joseph, un cas de pleurésie séro-fibrineuse consécutive à une contusion du thorax sans fracture de côte.

Etant donné le nombre très restreint d'observations existant au sujet de ce cas, il nous a paru intéressant de réunir celles que nous avons pu recueillir dans les différents ouvrages de la littérature médicale.

Nous avons pensé aussi que tout l'intérêt qu'il y avait à étudier cette forme de pleurésie ne résidait pas dans sa rareté, mais aussi dans ses complications ultérieures possibles. Car ici intervient la question des accidents du travail. Au cas où un blessé, à la suite d'une contusion thoracique fait une pleurésie tuberculeuse, quelles sont les responsabilités de l'accident et quelle sera l'indemnité à fournir ?

Sans entrer dans les questions de jurispru-

dence, nous nous efforcerons d'étudier quelle devra être la conduite du médecin en présence de cas semblables.

Nous ne voudrions pas aborder notre sujet sans avoir adressé, au préalable, tous nos remerciements à nos maîtres dans les hôpitaux, pour les bonnes leçons qu'ils nous ont toujours données :

A M. le docteur Troisier, agrégé médecin des hôpitaux;

A M. le professeur Le Dentu;

A M. le professeur Dieulafoy;

A M. le professeur Pozzi;

A M. le docteur Champetier de Ribes.

Nous ne saurions oublier nos maîtres de l'hôpital Saint-Joseph : M. le docteur Genouville, M. le docteur Monnier, M. le docteur Mérigot de Treigny, M. le docteur Le Bec, M. le docteur Leuret, M. le docteur Leroux, qui furent toujours pour nous pleins de bienveillance. Qu'ils veuillent bien accepter l'hommage de notre reconnaissance.

Nous ne saurions trop remercier M. le professeur Raymond pour le grand honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

— o o o —

Étiologie et Pathogénie

Le traumatisme simple du thorax, sans fracture de côte, est, dans beaucoup de cas, suivi d'un épanchement pleural. Le fait est d'ailleurs connu depuis longtemps.

Mais on a longtemps discuté lorsqu'il s'agissait d'un épanchement séro-fibrineux pour savoir si ce dernier était toujours de nature tuberculeuse.

Il nous semble que l'on a trop de tendance à faire de ces sortes d'épanchements des pleurésies bacillaires. Certains auteurs n'hésitent pas à traiter de pleurésies tuberculeuses certains épanchements dans lesquels il leur fut impossible de mettre en évidence la nature bacillaire; nous parlons, bien entendu, des pleurésies séro-fibrineuses post traumatiques.

Dans la plupart des cas il est bien évident qu'ils ont raison; mais il doit exister certaines pleurésies séro-fibrineuses traumatiques qui doivent avoir une pathogénie différente. On ne peut pourtant pas en faire des pleurésies bacillaires puisque l'on ne peut mettre en évidence l'action du bacille de Koch.

Il y a plusieurs hypothèses à considérer.

1) L'épanchement est de nature bacillaire.

2) L'épanchement est le résultat de la réaction pleurale contre l'élément nécrotique produit par le traumatisme.

3) L'épanchement est produit par une irritation due à une lésion pulmonaire sous-jacente.

1) La pleurésie séro-fibrineuse serait dans beaucoup de cas le résultat d'une localisation bacillaire sur l'épithélium pleural. — Beaucoup d'individus sont, comme le dit Chauffard, en état de microbisme latent; le bacille est en eux virulent et n'attend qu'une occasion pour forcer les portes. Si un individu porteur de bacilles de Koch reçoit un traumatisme thoracique, il aura au point traumatisé un endroit de moindre résistance où les bacilles pourront venir se fixer.

Mais une question se pose. Le bacille existait-il déjà antérieurement au traumatisme, ou bien existait-il dans le sang circulant ? Il aurait pu alors à la faveur d'une rupture artérielle ou lymphatique faire irruption sur la plèvre.

On peut admettre également ces deux idées; le résultat d'ailleurs étant le même, puisque la lésion aboutit à la pleurésie séro-fibrineuse dans les deux cas.

Nous savons depuis les expériences de Max Schüller que le traumatisme, peut chez un sujet tuberculeux développer une lésion bacillaire au point frappé; le fait est constant lorsqu'il s'agit des articulations. Qu'y a-t-il de plus naturel que

de voir une lésion bacillaire se développer sur la plèvre d'un individu porteur de bacilles de Koch, cet individu ayant reçu un traumatisme thoracique. L'individu porteur de bacilles de Koch, subit un traumatisme, celui-ci réveillera l'infection latente, les germes deviendront pathogènes et engendreront les lésions bacillaires aboutissant à la pleurésie.

2) Mais dans les cas de pleurésie séro-fibrineuse traumatique, dont on ne peut affirmer la nature tuberculeuse, il est bien permis de penser qu'il peut exister une autre cause que le bacille de Koch.

Nous savons qu'un traumatisme, une irritation, produisent souvent l'apparition de liquide dans une bourse séreuse; ne sommes-nous pas en droit de nous demander si le traumatisme ne pourrait pas suffire à faire apparaître un épanchement séro-fibrineux dans la séreuse pleurale.

Cet épanchement serait le résultat de la réaction de l'épithélium pleural contre l'élément nécrotique produit par le traumatisme. Ces pleurésies seraient caractérisées simplement par l'exsudation d'un liquide séreux et de fibrine; exsudat dans lequel il est impossible de mettre en évidence la nature infectieuse. Ce sont des pleurésies aseptiques.

3) Dans les cas également où il fut impossible de mettre des microbes en évidence et où il existe un peu de congestion post-traumatique, n'est-il

pas permis de se demander si la pleurésie séro-fibrineuse n'est pas tout simplement dûe à l'irritation produite par une lésion pulmonaire sous-jacente ? Cette congestion du parenchyme pulmonaire ayant pour cause une déchirure traumatique du poumon.

Cette pleurésie par lésion de voisinage aboutit en général à un épanchement peu ou moyennement abondant séro-fibrineux plus ou moins riche en globules rouges.

Mais ces pleurésies séro-fibrineuses post-traumatiques qui, à l'origine, sont aseptiques pourraient devenir secondairement tuberculeuses.

Et ce fait pourrait être assez fréquent dans les milieux hospitaliers surtout pour les individus, chez qui le manque d'hygiène et d'alimentation favoriserait l'arrêt du bacille de Koch et sa localisation.

Chauffard dit en parlant de la pleurésie séro-fibrineuse traumatique, qu'elle est presque toujours de nature tuberculeuse. Mais alors, c'est donc qu'il peut exister dans quelques cas des pleurésies sans bacilles de Koch ! Ces pleurésies seraient soit de cause mécanique soit encore le résultat d'une irritation de voisinage.

Nous pouvons dire qu'il existe des pleurésies séro-fibrineuses traumatiques, que le traumatisme crée la lésion, mais que c'est le blessé qui la signe de son nom.

Symptomatologie

La pleurésie séro-fibrineuse post-traumatique ne présente comme symptômes intéressants, que les symptômes du début. Car lorsque l'épanchement est constitué ils ne diffèrent pas de ceux de la pleurésie séro-fibrineuse *a frigore*.

Le début de cette forme de pleurésie est assez variable; chez certains individus, il sera brusque, chez d'autres, au contraire, très insidieux. Ce qui fait que souvent, surtout lorsqu'il s'agit de pleurésie très limitée c'est le hasard qui fera découvrir l'épanchement. On sera tout étonné en examinant son malade, de trouver des signes de pleurésie, alors que ce dernier n'aura rien éprouvé, qui puisse y faire songer.

Le malade pourra éprouver de grands frissons, mais dans beaucoup de cas ils feront défaut. Le point de côté est également très variable ainsi qu'on peut s'en rendre compte dans les observations que nous avons pu recueillir, beaucoup de malades ne se plaignent d'aucune douleur vive.

La toux, la dyspnée peuvent également faire défaut.

La température varie également beaucoup, elle peut s'élever brusquement, se maintenir à un degré élevé ou présenter de grandes oscillations.

L'épanchement est généralement précédé de frottements pleuraux et, ce qui est intéressant à noter, c'est que souvent, en même temps que les frottements, on entend à l'auscultation un foyer de râles congestifs sous-jacents à l'endroit traumatisé.

Lorsque l'épanchement est formé, il peut être enkysté et ne s'étendre que sur un espace très restreint, dans cet espace, on a tous les signes de la pleurésie, que nous allons énumérer, sans décrire longuement les symptômes si connus d'un épanchement pleurétique. Si l'épanchement est libre tous ces signes s'entendront sur une étendue plus ou moins grande, suivant que l'épanchement sera plus ou moins étendu.

Dans un épanchement abondant, l'inspection nous montrera l'empliation unilatérale thoracique. La palpation nous fera constater la diminution ou la disparition des vibrations thoraciques au niveau de l'épanchement. La percussion laissera entendre un son mat. Généralement comme ces épanchements ne sont jamais très abondants, l'espace semi-lunaire de Traube restera sonore.

L'auscultation, pratiquée dans la région de l'épanchement, décèlera les quatre signes suivants: l'absence du murmure vésiculaire; la présence d'un souffle expiratoire doux, voilé, lointain, l'égophonie, la pectoriloquie aphone.

Le déplacement des organes, étant donné l'épanchement plutôt restreint, n'existera pas ou sera peu prononcé.

Au moment de la période de résolution les signes stéthoscopiques se modifient progressivement. Le souffle, l'égophonie la pectoriloquie cèdent la place aux frottements de retour qui disparaissent à leur tour après la résorption des fausses membranes.

Diagnostic

A propos du diagnostic nous ne reviendrons pas sur tous les signes énumérés à propos des symptômes.

Lorsqu'on a constaté tous les symptômes d'un épanchement, la ponction exploratrice à l'aide de la seringue de Pravaz nous fournira la preuve que nous sommes bien en présence d'un épanchement pleurétique.

Du diagnostic différentiel nous ne dirons qu'un mot. Y a-t-il fracture de côte: Nous aurons de la crépitation osseuse, une douleur très vive en un point bien localisé, souvent aussi de l'emphysème sous-cutané; nous aurons dans ce cas tous les signes de la pleurésie séro-fibrineuse sans fracture, avec en plus, ceux de la fracture costale que nous venons d'énumérer.

L'hémothorax, a une allure clinique bien différente.

La formation de l'épanchement est très brusque, le sang faisant irruption dans la plèvre aussitôt après le traumatisme. La ponction d'ailleurs ramènera dans ce cas du sang pur.

Maintenant, si nous nous trouvons en présence

d'une pleurésie séro-fibrineuse *a frigore* nous aurons également comme dans la pleurésie traumatique tous les signes de l'énanchement pleurétique, mais la quantité de liquide épanché sera plus considérable, le déplacement des organes sera plus constant. Les frissons du début seront plus intenses. La cause, ce sera le froid favorisant l'action du bacille de Koch, alors que dans la pleurésie séro-fibrineuse post-traumatique nous aurons pour cause le traumatisme thoracique.

Nous ne dirons qu'un mot de la pleuro-pneumonie et de la spléno-pneumonie. Dans ces deux formes l'évolution, a plutôt l'allure de maladies aiguës.

Dans la première nous avons bien du liquide; mais les signes de la pneumonie font défaut dans la pleurésie traumatique, car ici la lésion pulmonaire se bornera à une simple congestion sous-jacente à l'endroit traumatisé.

Dans la seconde, les signes pleurétiques existent, mais sans qu'il existe d'exsudat; et comme dans la première les symptômes pneumoniques permettront de trancher le diagnostic. La ponction exploratrice restera ici négative.

Le diagnostic d'épanchement traumatique pleural est posé. Mais ce n'est pas tout; il y a intérêt à être fixé sur la nature du liquide de la plèvre.

Si ce liquideensemencé sur les milieux usuels ne cultive pas, nous aurons droit de penser que nous avons affaire à un épanchement aseptique.

Si inoculé au cobaye celui-ci présente des lésions de tuberculose expérimentale, nous saurons que notre pleurésie contient du bacille de Koch.

Quant à l'étude cytologique des épanchements, Jousset prétend qu'en matière de diagnostic, la cytologie ne peut donner que de vagues présomptions. La polynucléose caractérise les exsudats inflammatoires et récents, la lymphocytose les exsudats chroniques; pour les cas subaigus il y a mélange.

D'ailleurs, à dater de la troisième semaine tous les épanchements renferment les mêmes sortes de cellules. En réalité le cytodagnostic indique plutôt l'âge des pleurésies que leur nature.

En cas de pleurésie séro-fibrineuse nous aurons un culot de fibrine plus ou moins abondant.

Il nous suffit ici de savoir que notre épanchement contient de la fibrine. La quantité de fibrine contenue dans l'exsudat étant plus utile au point de vue du pronostic que pour le diagnostic.

Pronostic

Le pronostic de la pleurésie séro-fibrineuse post-traumatique est un problème très ardu. Pour beaucoup d'auteurs le pronostic de cette pleurésie serait singulièrement grave car ils n'hésitent pas à déclarer que toute pleurésie séro-fibrineuse post-traumatique est synonyme de pleurésie tuberculeuse. La chose cependant est très discutable et nous leur répondrons que beaucoup d'auteurs n'ont pu mettre en évidence la nature tuberculeuse de cette sorte d'épanchement; qu'il est bien difficile d'affirmer *à priori* que tous ces épanchements sont tuberculeux.

Dans beaucoup de cas ils ont raison, mais nous nous refusons à penser que toutes les pleurésies séro-fibrineuses traumatiques soient tuberculeuses.

Nous ne dirons pas, naturellement, que la majorité de ces pleurésies séro-fibrineuses traumatiques sont indemnes de tuberculose, mais que dans les cas où ces pleurésies guérissent, sans que le malade ait à aucun moment présenté de signes de tuberculose; il nous est bien permis de penser que l'on se trouve en présence d'un épanche-

ment aseptique; surtout lorsque par les ensemencements, les inoculations, la nature tuberculeuse de l'affection n'a pu être mise en évidence.

Il ne faut cependant pas aller trop loin et s'illusionner sur la nature bénigne de ces sortes d'épanchements. Il sera bon de faire des réserves pour le pronostic.

Car ce traumatisme a pu créer un moment de moindre résistance chez l'individu et par ce fait le bacille de Koch qu'il ne possédait pas auparavant, aura eu toutes facilités pour s'introduire dans l'organisme et se développer ultérieurement.

Nous disposons, pour établir le pronostic de ces pleurésies, de trois catégories de renseignements.

Ceux qui sont inhérents au malade lui-même, à sa maladie; enfin ceux que fournit l'étude de l'épanchement.

La pleurésie séro-fibrineuse post-traumatique se produit souvent chez des gens indemnes de tuberculose, dont le passé est exempt de toute tare tuberculeuse. Ils ont reçu une contusion thoracique, la plèvre, le poumon réagissent à la suite de ce traumatisme; la plèvre par la formation d'un exsudat, le poumon par de la congestion. Ces individus ont bien droit à la toux sèche, quinteuse, pénible; leur expectoration ne présentant d'ailleurs aucun caractère. Faire de ces malades des tuberculeux semble une chose excessive.

Dans d'autres cas, la pleurésie séro-fibrineuse post-traumatique frappe des individus, qui, sans

être tuberculeux, peuvent être suspects de tuberculose; soit par leurs antécédents héréditaires, soit par leur aspect, par tous les attributs enfin qui font l'habitus du phtisique. Ces signes seront bien entendu exclusifs d'un bon pronostic.

Maintenant si l'individu traumatisé présente des signes nets de lésions bacillaires, la question du pronostic sera facilement tranchée et il sera tout naturel de voir la tuberculose évoluer après le traumatisme.

Le pronostic d'une pleurésie séro-fibrineuse post-traumatique dépend également de sa marche.

Comme on peut le voir dans les observations recueillies, la température peut être assez élevée et affecter la forme d'une courbe de maladie aiguë. Dans d'autres cas la température est relativement basse et les malades continuent à mener leur vie habituelle.

Mais les grandes oscillations qui sont le fait des pleurésies de mauvais aloi, font généralement défaut.

Il ne faut point s'étonner d'ailleurs de ne point toujours trouver un début brusque; l'absence de réaction douloureuse ne caractérisera pas comme dans les pleurésies séro-fibrineuses *a frigore*, les formes bâtarde empreintes de malignité.

Si tous les phénomènes ordinaires de la pleurésie sont atténués nous pourrions penser à une forme congestive; ce qui ne nous empêchera pas

d'être très réservé dans notre pronostic, étant donné les complications possibles, dans un temps plus ou moins éloigné.

Examinons maintenant quel pronostic nous pouvons tirer de l'examen de l'exsudat lui-même dont l'étude tant au lit du malade qu'au laboratoire est susceptible de fournir un précieux appoint de renseignements au médecin, soucieux de pénétrer l'avenir de son malade.

De l'abondance initiale de l'épanchement, de sa reproduction facile, de ses tendances à la récidive nous ne pouvons rien augurer.

Si le liquide contient beaucoup de fibrine, nous nous trouverons en présence d'un exsudat inflammatoire d'un bon augure pour le pronostic.

Nous ne parlerons pas de la pleurésie histologiquement hémorrhagique devenant souvent purulente.

Lorsque l'épanchement de la pleurésie traumatique contient des globules rouges, ces derniers sont généralement en assez grande abondance pour donner au liquide une teinte hémorrhagique.

D'ailleurs il arrive très souvent dans la pleurésie traumatique que cet épanchement légèrement hémorrhagique au début, lors de la première ponction, devienne citrin au bout de quelques jours.

Ces globules rouges proviennent sans doute de ruptures de capillaires sanguins.

Ce fait est à rapprocher de ce qui arrive souvent dans une bourse séreuse traumatisée. Il arrive souvent, en effet qu'en ponctionnant le liquide d'une bourse séreuse on se trouve en présence d'un liquide hémorrhagique ayant aussi sans doute pour cause des ruptures de capillaires sanguins ouverts par le traumatisme. Les globules rouges contenus dans l'épanchement ne seront pas d'un mauvais augure pour le pronostic.

Quant à l'examen cytologique la forme des cellules trouvées dans l'épanchement ne peut guère constituer un élément de pronostic pour l'avenir de la pleurésie. Nous ne reviendrons pas sur les formes de cellules trouvées dans l'exsudat; nous en avons déjà parlé à propos du diagnostic.

Pour être fixé sur la nature de l'épanchement on inocule généralement 10 centimètres cubes de liquide au cobaye.

Si au bout de 5 semaines environ on sacrifie l'animal et que l'on rencontre des lésions de tuberculose expérimentale, le pronostic devra être très réservé, car l'avenir de notre malade sera compromis par l'évolution possible de la bacillose.

Mais qu'il nous soit permis de faire ici une remarque, nous avons pu constater en parcourant divers ouvrages que l'inoculation au cobaye ne donnerait pas toujours des résultats très satisfaisants.

Dans certaines observations, on inocule des cobayes avec le liquide de pleurétiques, qui pré-

sentaient à l'auscultation des signes nets de tuberculose: le résultat fut négatif, le cobaye sacrifié ne présentait aucune trace de tuberculose expérimentale.

Dans d'autres observations nous avons pu observer que des cobayes furent inoculés avec le liquide de pleurétiques n'ayant à aucun moment présenté de signes de tuberculose et pourtant le résultat fut positif.

Aussi nous pouvons nous demander si au point de vue du pronostic l'inoculation au cobaye possède une réelle valeur.

Monsieur le Professeur Chauffard dans une de ses cliniques dit d'ailleurs que la clinique ne nous permet pas toujours de distinguer une pleurésie aseptique d'une pleurésie de nature tuberculeuse.

La pleurésie séro-fibrineuse traumatique et la loi sur les accidents du travail

La tâche du médecin devient chaque jour plus difficile et sa responsabilité s'est accrue, depuis la loi sur les accidents du travail.

Nous pouvons dire que chaque fois que le praticien se trouvera en présence d'une pleurésie traumatique séro-fibrineuse, il devra toujours être très réservé pour le pronostic.

La chose est d'autant plus délicate qu'il est souvent impossible d'être fixé sur la nature de l'épanchement.

Nous avons pu voir en effet dans plusieurs observations que des blessés ont parfaitement guéri sans avoir à aucun moment présenté de signes de tuberculose; les examens bactériologiques sont restés négatifs. Et pourtant on n'a pas osé affirmer qu'ils sont indemnes de tuberculose.

Le médecin devra donc devant ces divergences d'idées faire toutes ses réserves sur l'avenir de son malade; il évitera ainsi bien des ennuis.

Mais en matière d'accidents du travail, si la tuberculose évolue à la suite du traumatisme ou si, existant auparavant, elle est aggravée, quelle sera la conduite à tenir. Devra-t-on déclarer l'accident responsable ?

Le médecin devra avoir toujours présent à l'esprit ce fait que le traumatisme ne peut à lui seul créer la tuberculose.

1) L'individu était porteur d'une lésion, aggravée par le traumatisme.

2) L'individu ne possédait qu'une affection latente, s'étant développée grâce au traumatisme,

Dans le premier cas le praticien devra penser que sans doute la lésion existante n'aurait jamais subi d'aggravation sans l'accident qui lui a permis d'évoluer.

Dans le second cas, si l'individu avait une tuberculose latente, jamais sans le coup de fouet donné par le traumatisme elle n'aurait évolué.

Il est bien permis de croire en toute conscience que l'accident est responsable.

L'individu traumatisé qui, à la suite d'une pleurésie, voit une lésion tuberculeuse évoluer ou s'aggraver est en somme devenu un infirme, un impotent.

Il sera devenu incapable de fournir la même somme de travail et d'énergie; il verra son salaire diminuer d'autant.

Aussi le médecin sera dans son droit et **devra** conclure à la responsabilité de l'accident.

Pour l'évaluation de l'indemnité les juges apprécieront.

Traitement

Nous ne dirons qu'un mot du traitement de la pleurésie séro-fibrineuse traumatique.

Si l'épanchement n'est pas trop considérable et ne gêne pas le malade, il sera préférable de ne pas ponctionner.

Mais les avis sont partagés pour savoir si l'on doit ou non, pratiquer la thoracenthèse. La ponction faite aseptiquement ne présente d'ailleurs aucun inconvénient.

Il sera bon d'appliquer des ventouses et de faire des enveloppements mouillés.

Contre la fièvre, il sera le plus souvent inutile de recourir aux antipyrétiques.

Le salicylate de soude, les diurétiques ne donnent pas toujours des résultats bien constants.

Et pour ce qui concerne l'injection sous cutanée de liquide pleural, les résultats n'ont pas été assez satisfaisants pour que l'emploi s'en généralise.

Il faudra avant tout veiller à l'hygiène et à l'alimentation de son malade.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (*Personnelle*)

Le nommé Théophile P... âgé de 51 ans faisant la profession de manœuvre entre à l'hôpital Saint-Joseph le 26 octobre 1909.

Le malade s'est toujours bien porté — pas de syphilis — Donc rien à noter ni comme antécédents héréditaires, ni comme antécédents personnels. Il est marié, père de cinq enfants, tous bien portants. Il a perdu un enfant, mort de méningite, à l'âge de 5 ans.

Le 25 octobre, alors qu'il voulait traverser une rue, le nommé P... fut renversé par une voiture. On le conduit dans une pharmacie, bien qu'il ne ressente aucune douleur vive. Il se plaint seulement d'un léger point de côté gauche. On le reconduit à son domicile.

Le 26 octobre, le blessé, souffrant toujours, se décide à entrer à l'hôpital.

A son arrivée, nous avons pu l'examiner. Il se plaint toujours d'une douleur sur le côté gauche du thorax. A l'examen, nous constatons que la région thoracique gauche est douloureuse à la palpation. Mais il n'existe pas de point douloureux localisé, pas de crépitation, ni de mobilité anormale; donc pas de fracture de côte.

A l'auscultation, on ne remarque rien de particulier. Le repos est ordonné. La température est à 37°8.

Les jours suivants la douleur demeure stationnaire, l'auscultation ne donne aucun renseignement. La température

montée à 39 degrés le lendemain soir, ne tarde pas à redescendre.

Le 1^{er} novembre, la température remonte aux environs de 39 degrés. — *Le 2 novembre* il est examiné au moment de la visite. On constate alors à l'auscultation quelques légers frottements pleuraux et quelques rales sous-crépitaux à la base gauche. Le malade expectore quelques crachats mais ne présentant aucun caractère spécial. — Température 38°7.

Le 2 novembre, la température se maintient toujours assez élevée. A la base gauche, toujours des frottements pleuraux, des râles sous-crépitaux.

On examine ses sommets: En avant, à gauche et à droite, la percussion est normale, pas de submatité, l'auscultation ne dénote rien de particulier, la respiration est normale.

En arrière, à gauche, rien à signaler.

En arrière, à droite, rien à signaler.

L'Etat général du malade ne s'est pas amélioré. La respiration s'accélère. Température 38°5.

Le 3 novembre, la température monte à 39°.

Le 8 novembre. Il faut arriver jusqu'à ce jour pour voir la lésion se dessiner.

La respiration est accélérée. L'abolition des vibrations est complète. Les espaces costaux sont disparus. La percussion donne une note de matité très prononcée.

Cette matité s'étend sur une hauteur de 8 à 10 centimètres.

La pointe du cœur n'est pas déplacée, l'espace semi-lunaire de Traube est sonore.

A l'auscultation, le murmure vésiculaire normal fait défaut, il reparait, lointain, affaibli, à mesure que l'on se rapproche de la limite supérieure.

Au niveau de l'épanchement, mais surtout vers sa limite

supérieure, on entend un souffle aigu, lointain, surtout expiratoire, souffle pleurétique.

L'oreille, appliquée sur le thorax, pendant que le malade compte à voix basse, perçoit avec netteté le chuchotement. La voix est chevrotante. La toux est quinteuse; l'expectoration est nulle.

Ces signes montrent que nous nous trouvons en face d'une pleurésie ayant évolué insidieusement, sans douleur, sans point de côté. Température: 39 degrés.

Nous pratiquons une ponction exploratrice, à l'aide de la seringue de Pravaz. Nous trouvons un liquide ayant toutes les apparences du liquide pleurétique, contenant des globules rouges, légèrement hémorrhagique. Une thoracentèse nous permet de retirer 800 grammes de liquide environ.

Bactériologie. — Les cultures pratiquées sur les milieux ordinaires (gélose et bouillon) demeurent stériles.

On pratique une inoculation au cobaye dont nous donnons le résultat à la fin de notre observation.

Le malade s'améliore, au bout de quelques jours nous constatons que le liquide s'est reformé, mais la quantité semble moins considérable attendu que la matité ne s'étend que sur une hauteur de 6 à 7 centimètres.

Une seconde ponction est pratiquée et nous ne retirons que 600 grammes de liquide. Nous sommes au 18 octobre, la température est à 37°8. A partir de ce moment elle continue à baisser et, le liquide ne s'étant pas reformé, le malade quitte l'hôpital le 1^{er} décembre.

A ce moment, l'auscultation permet d'entendre le murmure vésiculaire dans toute l'étendue du poumon gauche. Une légère submatité persiste cependant à la base gauche.

Désirant être fixé sur l'état de notre malade, nous le prions de vouloir bien revenir à l'hôpital à seule fin de l'examiner.

Le 20 décembre, il vient à l'hôpital. Il déclare qu'il se

sent mieux, mais il n'a cependant pas encore repris son travail.

Nous l'examinons: à la base gauche, il existe toujours de la matité à la percussion, mais seulement sur une étendue de 3 travers de doigt environ, du souffle, de l'égophonie. Les vibrations vocales sont abolies. Pour nous assurer s'il existe du liquide nous faisons une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz et nous retirons 2 centimètres cubes de liquide citrin. L'auscultation au-dessus de l'épanchement ne donne rien de particulier, le murmure vésiculaire s'entend parfaitement.

L'auscultation des sommets ne donne rien de particulier. Pas de résonnance à la voix, pas de submatité à la percussion.

RECHERCHES DE LABORATOIRE. — Beaucoup de fibrine dans l'épanchement. L'examen au microscope, après fixation à la chaleur nous montre de nombreux globules rouges, des cristaux d'hématoïdine des polynucléaires ordinaires et de rares lymphocytes.

Le liquide ensemencé sur les milieux ordinaires gélose et bouillon ne cultive pas.

Inoculation au cobaye. Pas de tuberculose expérimentale.

OBSERVATION II (LEBERT)

Un serrurier, âgé de 26 ans, a toujours joui d'une bonne santé. Ses parents, ses frères et ses sœurs se portent bien. Il n'a jamais eu ni affections scrofuleuses, ni rhumes prolongés.

Il y a 4 mois, il fait une chute qui lui donne une très forte contusion du côté droit de la poitrine. Aussitôt après, il éprouve des douleurs très vives dans tout le côté droit. Ren-

tré chez lui il est obligé de garder le lit; la respiration est gênée, il tousse beaucoup, sans expectorer.

Les jours suivants, il a une sensation de froid, et le huitième jour après l'accident, il a un frisson suivi de chaleur et de fièvre, frisson qui revient plusieurs fois les jours suivants. Puis la fièvre devient continue. Après quelques semaines, il y a de l'amélioration, la fièvre diminue, les forces reviennent un peu, mais il ne peut travailler et continue à maigrir. La fièvre revient bientôt il a des sueurs nocturnes; la respiration qui a toujours été gênée devient encore plus courte. Des crachats apparaissent, précédés d'une toux qui fatigue le malade. Obligé de garder le lit il se fait recevoir à la clinique.

Examiné le 20 novembre 1875, le malade est un homme bien constitué, la poitrine large, les muscles saillants. Cependant il semble très anémié. La respiration est gênée principalement à l'occasion des mouvements. Le pouls est à 124 — la respiration à 48 — la température à 39°7. Il se plaint d'une soif vive; l'anorexie est très prononcée. Les urines sont rares, troubles sans albumine.

A l'examen du thorax on voit que le côté droit se distend moins que le côté gauche. A la percussion, matité absolue en bas. A gauche seulement, diminution du son sous la clavicule. A droite, en haut, et en avant, la respiration est rude, forte, avec des râles sibilants et sonores. En bas, la respiration est très affaiblie. A gauche en avant, on entend partout aussi ces bruits bronchiques, en arrière, le son est normal à gauche; à droite, il est légèrement mat dans le tiers supérieur, d'une matité absolue en bas. En arrière des deux côtés, sauf dans la zone de l'épanchement pleurétique, on entend des râles sibilants et sonores en haut, sous crépitants en bas. Au deux sommets l'inspiration est faible, l'expiration plus forte et plus prolongée, bronchique à droite dans la fosse sus-épineuse et le long du bord interne de l'omoplate. A l'endroit de l'épanchements, les vibrations sont abolies.

Les jours suivants, la fièvre continue, 39 degrés le matin, 40 degrés le soir. Pouls à 136. — Respiration à 60°. Traces d'albumine dans les urines. Après s'être rapidement affaibli le malade meurt le 24 novembre à quatre heures de l'après midi.

Autopsie faite 36 heures après la mort.

Cerveau et méninges hyperémiés; poumon droit, adhérent par son lobe supérieur, En bas il y a un épanchement séreux abondant qui avait fortement comprimé et condensé le lobe inférieur droit. Le poumon droit réduit à la moitié de son volume, montre le lobe supérieur parsemé de petites granulations grises et de foyers rougeâtres; pas de ramollissements, ni de cavernes. La partie inférieure est condensée splénisée. Le poumon gauche présente des lésions d'emphysème.

Les autres organes sont indemnes de toute altération.

OBSERVATION III (LUSTIG)

I. K... âgé de 43 ans, ouvrier, admis le 12 mai 1884, dit avoir toujours été bien portant jusqu'alors.

Le 8 mai 1884, il est tombé sur une roue, le choc portant sur le côté gauche du thorax. Le jour suivant, il éprouva des douleurs sur toute la moitié gauche du thorax, il toussait et ne mangeait plus. Il prétend n'avoir pas eu de fièvre. Les parents du malade sont bien portants et les frères et sœurs également. Le malade avoue être adonné à la boisson.

Le 16 mai, il fut présenté par M. le Dr Bamberger à sa clinique.

Etat actuel: le malade est malingre, le teint pâle.

La température, le matin, est de 38°4, le soir de 39°2, le pouls accéléré, 120.

Le cou est court, les veines jugulaires un peu disten-

dues. Le thorax est fortement bombé, large, en forme de tonneau. La respiration est pénible. A chaque inspiration les espaces intercostaux se dépriment à droite, à gauche il sont complètement effacés.

La percussion du poumon donne un son clair en avant; à droite, depuis la région sus-claviculaire jusqu'à la sixième côte à peu près; en avant, à gauche, un son nettement tympanique, plus bas le son devient complètement mat.

L'auscultation des poumons donne en avant à droite, une respiration rude, vésiculaire, avec quelques légères sibilances; en avant, à gauche, à part des frottements continus, il n'y a pas de bruit respiratoire. La percussion donne, en arrière, à droite, un son clair jusqu'à un travers de main plus bas que l'angle de l'omoplate; à gauche en arrière et en haut, un son très sourd, plus bas, la matité est absolue.

A l'auscultation, à droite et en arrière: respiration nettement vésiculaire accompagnée de légers frottements; en haut à gauche et en arrière, respiration bronchique puis plus bas disparition du murmure vésiculaire. Les vibrations vocales sont normales à droite, affaiblies en haut et à gauche et manquent totalement à partir de la mi-hauteur de l'omoplate.

L'auscultation de la voix donne à gauche de la bronchophonie, mais pas très nette. Le choc du cœur se fait un peu vers la droite, mais les bruits sont bien frappés.

La quantité d'urine émise en 24 heures est de 200 à 400 cc. L'urine est très colorée — pas d'albumine.

L'examen des crachats et du sang au point de vue tuberculeux donne un résultat négatif.

Diagnostic: Pleurésie séreuse gauche chez un alcoolique.

Le 18 mai, la dyspnée continue; température: matin 38 degrés — soir 38°4; respiration 36; — pouls 118; urine 200 c.c. Le malade refuse la ponction,

Le 23 mai, la respiration devient dyspnéique, crachats peu abondants. L'examen des crachats au point de vue tuberculeux donne un résultat négatif. Température: matin 37°8, soir, 38°3; pouls 120; respiration 42, quantité d'urine 700 cc.

Pendant les jours suivants la diurèse augmente et la température reste la même. La dyspnée persiste.

Le 3 juin, la respiration devient très pénible, Cheyne-Stokes. De nombreux râles au sommet du poumon droit: Température: matin, 37°6; soir, 38 degrés; urine 40 cc.

Le 7 juin, le malade accepte la thoracenthèse. On retire un litre de liquide hémorrhagique. Respiration — 48; pouls, 100; — Cheyne-Stokes.

Le 8 juin, le sujet meurt avec œdème du poumon. L'autopsie pratiquée par le professeur Kimdrat donne les résultats suivants. La cavité thoracique contient 2 litres environ de liquide jaune-rougeâtre. Le poumon est entouré d'exsudats fibrineux épais; sur le feuillet pariétal de la plèvre, dépôt épais d'un centimètre d'exsudats fibrineux hémorrhagiques. La plèvre viscérale est tapissée partout de fausses membranes épaisses et grisâtres. Le poumon est aplati, légèrement œdématisé. Le poumon droit est œdématisé. Ajoutons que l'on trouve également la plèvre tapissée de granulations grisâtres; on fit l'examen de ces granulations dans lesquelles on mit en évidence le bacille de Koch.

OBSERVATION IV (HERBERT)

Le nommé P... âgé de 44 ans, briquetier rentre salle Woillez, au lit n° 19, le 20 mai 1896. Un de ses frères est mort tuberculeux avéré. Pendant l'hiver de 1888, il a soigné sa femme atteinte également de tuberculose pulmonaire. Depuis, chaque hiver le malade tousse plusieurs mois; il

transpire la nuit, maigrit notablement pour revenir à la santé au moment de la bonne saison. Il boit modérément, il n'a jamais eu la syphilis.

Le 13 mai 1896, il glisse, tombe à la renverse et son côté droit porte sur l'angle d'une brouette. Il ressent une douleur vive, mais qui lui permet de continuer son travail. La douleur disparaît bientôt.

Le 15 mai, au matin, il est pris d'un point de côté, juste au niveau de l'endroit traumatisé; frissons, fièvre, dyspnée. Néanmoins il continue son travail jusqu'au 18 mai, époque où son médecin lui conseille de rentrer à l'hôpital.

Le 20 mai, jour de son entrée, le malade se plaint toujours de son point de côté; sa respiration est gênée. Vossure très marquée du côté droit; la mensuration donne une différence de deux centimètres entre les deux côtés; le sternum est porté en masse à droite de la ligne médiane. Les vibrations thoraciques sont abolies à droite et en arrière jusqu'au niveau de l'épine de l'omoplate; en avant jusqu'au mamelon. La matité est complète sur la même étendue, le son skodique est très intense sous la clavicule.

L'auscultation du côté droit donne les signes d'un abondant épanchement. Murmure vésiculaire aboli en arrière dans les $\frac{2}{3}$ inférieurs; très affaibli dans le $\frac{1}{3}$ supérieur; en avant, silence complet au-dessous du mamelon; au-dessus, respiration affaiblie. Pas d'égophonie, pectoriloquie aphone peu marquée.

Le foie est abaissé, le poulx bat à 82. Le même jour M. Bonnus, interne du service, pratique une ponction et retire 1.500 grammes de liquide; on s'arrête à cette quantité afin d'éviter une décompression trop brusque du poumon.

EXAMEN DU LIQUIDE :

Physique. — Couleur: citrin; densité: 1,015; albumine: 24 gr. par litre; au bout de 24 heures, formation d'un coagulum fibrineux.

Bactériologique. — Culture sur les divers milieux, négative. Inoculation de rocc. au cobaye.

30 jours après le cobaye est sacrifié: périhépatite, périshpénite, granulations microscopiques sur le péritoine avec exsudat.

Le 22 mai, nouvelle thoracenthèse, cette fois plus abondante: 2.300 grammes. Le liquide est analogue au précédent. Il ne reste plus en arrière qu'une zone de matité de 4 traverses de doigt environ et où les vibrations sont abolies. Frottements en avant.

Le malade prend 3 grammes de salicylate de soude et 20 grammes d'écorces de sureau dans un litre d'eau.

Le 27 mai, le reliquat du liquide persistant, on pratique une nouvelle ponction qui donne 650 gr. de liquide citrin, extrêmement fibrineux.

A la suite de cette ponction, la respiration encore un peu affaiblie, s'entend jusqu'en bas, et le 1^{er} juin, trois explorations à la seringue de Pravaz, pratiquées en divers endroits ne donnent aucun résultat.

L'état du malade s'améliore rapidement; et à sa sortie, le 29 juin, la respiration est normale dans tout le poumon; les sommets ne présentent aucun signe d'induration ou d'infiltration tuberculeuse

Température, à son entrée, 38 à 39 degrés.

Température, du 28 mai au 30 mai, 37,5 à 38 degrés.

Température, à partir du 1^{er} juin, 37 degrés.

Crise urinaire le 3 juin; le malade se met à uriner de 3 litres à 3 litres et demi.

OBSERVATION V (HERBERT)

Le nommé L... Edmond, terrassier, âgé de 31 ans, entre le 18 mai 1896, salle Chauffard, n° 13.

Il n'a point d'antécédents héréditaires tuberculeux: jusqu'à son entrée, il s'est toujours très bien porté; il est vigoureux et fortement musclé. Il n'a jamais toussé, ni maigri.

Le 27 mai 1896, travaillant sur la voie ferrée, il est heurté à l'épaule gauche par un rail et tombe de la hauteur d'un wagon à plate-forme. Il ressent alors une douleur très vive à l'épaule et dans le côté gauche; contusion très marquée sans plaie. Transporté chez lui, il reste huit jours au lit. Les trois premiers jours, il crache du sang, en petite quantité. Il veut ensuite reprendre son travail, mais en vain. Il éprouve en effet de petits frissons répétés, il dort fort peu, son appétit a diminué.

Le onzième jour après l'accident, il ressent un violent point de côté à gauche, au-dessous et en dehors du mamelon; dyspnée, toux sèche et quinteuse. Il traîne ainsi encore une dizaine de jours et ce n'est que le 18 mai, c'est-à-dire 3 semaines après le traumatisme qu'il se décide à rentrer à l'hôpital.

A son entrée, le malade est en proie à une dyspnée considérable; il tousse sans discontinuer; la voix est rauque. Il se couche sur le côté gauche; se côté présente une voussure très nette.

En avant et à gauche, jusque sous la clavicule, matité absolue, affaiblissement du murmure vésiculaire, souffle expiratif. L'espace de Traube est mat à la percussion.

En arrière, matité dans les $\frac{2}{3}$ inférieurs du poumon gauche, abolition des vibrations; souffle intense; voix chevrotante, pectoriloquie aphone.

Le cœur est refoulé, la pointe bat le long du bord droit du sternum. Les artères sont souples, le poulx est à 96. Les urines sont normales.

En présence de la dyspnée M. Bamond, interne du service, pratique la thoracentèse. Il retire 1.400 grammes d'un

liquide citrin, non hémorrhagique, marquant 1.017 au densimètre.

Dix centimètres cubes sont inoculés au cobaye.

La ponction soulage le malade en avant, la sonorité paraît, sauf au-dessus de la clavicule où le skodisme persiste.

En arrière, matité persistant dans le 1/3 inférieur. Le liquide ne tarde pas à se reproduire et une nouvelle ponction, pratiquée le 28 mai, donne 1.550 grammes de liquide citrin fibrineux.

Le lendemain, la respiration s'entend jusqu'en bas, bien qu'affaiblie.

Le 8 juin, apparition de frottements pleuraux en avant et en arrière. Pas de température.

Mais le 10 juin, nouveaux frissons plus intenses qu'au début, point de côté à gauche. Température matin 38.8 — soir 40.2. Apparition des signes d'épanchement, une ponction exploratrice ramène 10 centimètres cubes d'un liquide très fibrineux.

Ce liquide est aseptique car lesensemencement sur divers milieux restent sans résultat.

Le lendemain, râles crépitants et souffle tubaire au même niveau. Les signes de l'épanchement ont disparu. Des ponctions exploratrices ne ramènent pas de liquide.

Expectoration gommeuse renfermant des diplocoques de Talamon-Frenkel, mais pas de bacilles de Koch. La température oscille entre 39 et 40 degrés. La défervescence se produit le cinquième jour et le malade entre rapidement en convalescence.

A sa sortie le 6 juillet L... avait repris ses forces. La respiration était encore un peu affaiblie en arrière et à gauche, mais rien de suspect aux sommets. Le cobaye est sacrifié

au bout de 43 jours, il présente un type de tuberculose expérimentale. En présence de la dyspnée M. Ramond, interne du service de la tuberculose, pratique la thoracentèse. Il retire 1.400 grammes d'un

OBSERVATION VI (STERN)

Le nommé P... serrurier, âgé de 21 ans, sans antécédents héréditaires tuberculeux, jusque-là bien portant et vigoureux, reçoit dans une chute faite le 21 avril 1893, pendant son travail, une forte contusion thoracique gauche.

Le médecin de la Compagnie d'assurance constate, une toux fréquente avec dyspnée et une expectoration sangui-nolente; il considérerait que P... serait incapable de reprendre son travail le semestre suivant.

En mai 1894, P..., souffrant toujours depuis son acci-dent, entre à l'hôpital. Points de côté thoraciques, hémop-tysies de temps en temps, faiblesse du bras gauche. C'est cependant un homme vigoureux, visage coloré, aucune tra-ce extérieure de sa contusion.

Emphysème pulmonaire de moyenne intensité, pas de ca-tarrhe. Pendant quelques semaines de séjour à l'hôpital, P.. n'a eu qu'une expectoration sanglante à laquelle le méde-cin attribue une origine pharyngienne.

Exagération voulue, d'après le médecin, de ses douleurs.
R. Stern voit le malade en janvier 1895. Les lésions pul-monaires avaient empiré dans les dernières semaines. Il avait, un mois auparavant, en visitant le malade trouvé un catarrhe de la base du poulmon gauche.

Il n'y avait pas de sang dans les crachats. Dans la deu-xième quinzaine de décembre était survenu un point de côté gauche; actuellement il existe un épanchement pleural gauche.

Expectoration purulente, sans bacilles décelables.

La conclusion du rapport de Stern fut la suivante:

L'inflammation chronique de la base du poulmon gauche est vraisemblablement la conséquence de l'accident dont P... a été victime. A la suite de cet accident, P... fut atteint d'une inflammation du poulmon et de la pleurè du côté gau-

che. Il était auparavant bien portant et vigoureux et depuis cet accident il est malade. Son affirmation relative à une hémoptysie est confirmée par les constatations actuelles et le certificat médical prouve que cette hémoptysie eut lieu aussitôt après l'accident.

On peut en conclure que l'inflammation chronique du poumon est la conséquence de la contusion thoracique; la cause habituelle de ces inflammations chroniques est la tuberculose.

Même dans ce cas, et en dépit du résultat négatif de la recherche des bacilles, la nature tuberculeuse est vraisemblable. Les sièges des lésions corrobore l'action locale de traumatisme thoracique (base gauche).

P... toujours incapable de travailler, se rendit ensuite à Oppehn. Son état empira; il s'alita en février 1895; il eut des hémoptysies, des sueurs nocturnes et mourut le 15 septembre 1895.

OBSERVATION VII (BARJOU et LESUEUR)

Le nommé Jacques R..., 53 ans, marchand de journaux. Les parents sont morts âgés, mère atteinte de bronchite chronique.

Antécédents personnels: fièvre typhoïde à 12 ans, aucune autre maladie. Excellente santé habituelle, gros buveur d'absinthe.

Il y a 3 mois environ le malade portant une table fit un faux pas et tomba en avant sur les genoux.

Dans ce mouvement il fut projeté avec force contre la table qu'il portait et l'angle du meuble vint traumatiser fortement la base du thorax, à gauche sur la ligne mamelonnaire. Il n'y eut ni plaie, ni fracture de côte, pas même ecchymose apparente, mais une forte contusion qui provoqua localement une vive douleur. Les mouvements respira-

toires et surtout les grandes inspirations augmentaient la souffrance.

Cette douleur a persisté jusqu'à aujourd'hui, s'accompagnant d'irradiations dorsales. Mais le malade n'a jamais senti de véritable point de côté distinct.

Il n'a jamais eu ni frissons, ni toux, ni expectoration, ni oppression. Pas d'amaigrissement, pas d'anorexie, pas d'insomnie. En somme, il ne se considérait pas comme malade, et c'est seulement la persistance de cette douleur dans le côté qui l'avait engagé la veille à consulter le médecin.

Celui-ci constate un épanchement pleural gauche et l'engage à entrer à l'Hôtel-Dieu.

Il s'agit donc d'un début tout à fait insidieux, et si nous savons que le traumatisme remonte à trois mois et demi environ, il nous est impossible de savoir à quelle époque s'est produit l'épanchement.

Le 17 septembre. A l'examen du malade on constate l'absence complète de signes fonctionnels et de symptômes généraux. Il n'y a pas de voussure thoracique, mais de l'épine inférieure de l'omoplate jusqu'en bas on constate de la matité avec abolition des vibrations thoraciques, sensation de flot, obscurité de la respiration avec léger souffle expiratoire, œgophonie et pectoriloquie aphone.

En avant sous la clavicule Schema n° 2 de Grancher.

Son + vibration + respiration —

La sonorité de l'espace de Traubé est conservée, le cœur n'est pas dévié. Rien au poumon droit. Température: 38° 5.

Le 19 septembre, thoracentèse. On retire 1.250 grammes d'un liquide séreux, citrin.

Le 21 septembre, disparition de la douleur thoracique durant 3 mois environ.

Le 3 octobre, les vibrations sont perçues jusqu'à la base gauche, diminuées cependant au 1/3 inférieure, sonorité diminuée sur toute la hauteur. Plus d'œgophonie, ni de souff-

fle. Obscurité respiratoire à la base, frottements dans l'aisselle.

Le 10 octobre, le malade demande sa sortie une seule ponction a suffi à tarir le liquide qui ne s'est par reproduit. Il est apyrétique depuis 15 jours.

Etat général excellent. Il persiste à l'extrême base gauche de l'abolition des vibrations et de la sonorité. Il n'existe plus aucun signe d'épanchement.

Au sommet gauche: en arrière, simple diminution du murmure vésiculaire.

Le malade est venu se faire examiner 3 fois, les 17, 24 et 31 octobre, un peu d'obscurité respiratoire persiste à la base gauche. Aucun signe net de tuberculose pulmonaire.

Recherches bactériologiques. Le 19 septembre on retire aseptiquement par la thoracentèse environ 1250 grammes de liquide citrin non purulent. Ce liquide n'agglutine pas le bacille de Koch. 10 centimètres cubes sont inoculés dans le péritoine de 2 cobayes.

Le 12 octobre le 1^{er} cobaye meurt amaigri avec des plaards péritonéaux.

Le 14 octobre, le 2^e cobaye succombe. On trouve quelques bacilles de Koch dans les frottis de fausses membranes.

Nouvelle épreuve négative de sero-diagnostic tuberculeux avec le sérum sanguin du malade.

Le 17 janvier 1901. Le malade rentre à nouveau dans le service.

Environ un mois et demi après sa sortie il dit avoir pris froid et s'être remis à tousser; depuis, il a toujours été malade. Il est très amaigri, fébricitant. (T. autour de 38°). Il tousse et crache beaucoup. A l'auscultation, signes de ramollissement et cavernes surtout au sommet gauche.

Il s'agit d'une tuberculose pulmonaire confirmée.

Nota: — MM. Barjou et Lesueur virent succomber leur

malade quelque temps après l'envoi au *Lyon Médical* de cette observation.

L'autopsie a montré l'existence d'une symphyse pleuro-pariétale complète avec lésions cavitaires du sommet gauche et ramollissement. Infiltration du sommet droit.

OBSERVATION VIII (GIOVANNI)

Stocchero Antonio, âgé de 25 ans, journalier, sain, robuste et sans aucun antécédent digne d'être rapporté.

Le 1^{er} juin il tomba en ébranchant un mûrier et vint frapper violemment contre l'angle émoussé d'un gros caillou. Au point contusionné on remarque une ecchymose qui est située au niveau du huitième espace intercostal entre la partie antérieure de l'aisselle et l'omoplate. Aucune solution de continuité, pas de fracture de côte, une douleur à la palpation, mais on ne trouve rien à l'auscultation.

On lui ordonne le repos et on lui met un liniment calmant.

Le soir même du jour où il tomba le malade ressentit des frissons et une violente douleur thoracique localisée à l'endroit contusionné. Cette violente douleur l'empêchait de respirer.

L'examen objectif ne donnait rien de bien précis. La percussion ne donne également aucun renseignement digne d'être noté, seule l'auscultation fournit quelques renseignements. On entendit des bruits de frottements siégeant au niveau de la région traumatisée.

Un de mes collègues agrégé vint voir le malade et fit comme moi le diagnostic de pleurésie sèche.

Puis quelques jours après survinrent quelques signes d'épanchement qui devait être certes très peu abondant.

La ponction pratiquée ramena peu de liquide. La résolution et la guérison complète eurent lieu au bout de deux semaines.

OBSERVATION IX (MOSNY ET HARVIER)

Ces auteurs rapportent, mais sans donner aucun détail, l'observation d'un malade qui, à la suite d'une contusion thoracique, présenta quelques temps après, du côté traumatisé, une pleurésie séro-fibrineuse enkystée de nature tuberculeuse.

OBSERVATION X (COLLINS).

Un garçon, âgé de 13 ans, était admis, à Toudou Temperance Hospital le 23 mai 1903. Ce gamin était monté derrière un charriot, il glissa à terre et un omnibus qui suivait l'attelage lui passe sur l'abdomen.

Au moment de son admission, il souffrait du choc; il avait toute sa connaissance et se plaignait d'une douleur très forte qu'il localisait dans l'espace ilio-costal gauche. La peau était noire et on remarquait une large ecchymose s'étendant de la région ilio-costale gauche à la région de l'hypocondre droit.

La palpation de la région rénale gauche était très douloureuse, mais il n'existait aucun gonflement. L'urine était normale comme quantité mais avec un peu d'albumine.

Il n'y avait pas de fracture de côte. Le 3^e jour après son admission la température était montée à 100 degrés Fahrenheit. L'urine arrivait à 1/2 litre à peine.

Le 27 mai la température monta à 102 degrés Fahrenheit, le pouls était à 120. Le malade éprouvait une douleur dans le côté gauche de la poitrine et il y avait une certaine défense musculaire dans la région lombaire gauche.

Le 31 mai la température était à 102 degrés Fahrenheit. La respiration était soufflante à la base gauche de la poi-

trine. La quantité d'urine fut un jour de 5 onces. La région lombaire gauche semblait gonflée et la respiration était assourdie.

(Sir Williams Collins hésitait beaucoup entre le diagnostic d'hydronephrose traumatique ou de rupture de la rate; compliqués d'épanchement pleural).

Le 11 juin on pratiqua une ponction exploratrice à l'aide d'une seringue. On retira, en fonctionnant dans le 7^e espace intercostal gauche, un peu de liquide. Collins insista, et, ponctionnant dans l'espace ilio-costal gauche, il retira environ 8 onces et demi d'un liquide acide légèrement coloré, ayant comme densité 1020.

Le 19 juin la quantité d'urine était de 30 onces. La température présentait le type hectique.

Le côté gauche de la poitrine fut ponctionné dans le 6^e espace intercostal. On retira environ 30 onces d'un liquide qui se coagula presque aussitôt.

Le malade très amaigri fut reponctionné quelque temps après, l'épanchement était devenu purulent. On fut obligé de resequer une côte et de mettre un tube pour drainer.

Le malade allant mieux et l'écoulement ayant cessé on retira le tube à drainage le 15 septembre. Il entra alors en convalescence et sortit de l'hôpital le 7 octobre.

Il est revenu pour faire constater l'état de sa santé. Il était alors gras et bien portant; l'auscultation ne montra rien d'anormal et il n'existait plus aucune douleur abdominale du côté gauche.

L'urine et la température étaient normales.

(Remarque de Sir Williams Collins).

Dans ce cas de traumatisme de l'hypocondre gauche, sans fracture de côte, il existait deux collections de liquides distinctes et bien différentes. L'une située au-dessus du diaphragme et devenant secondairement purulente; l'autre située au-dessous du diaphragme, acide, de nature rénale et ayant disparu après une seule ponction.)

OBSERVATION XI (CHAUFFARD)

Le malade est un tonnelier de 47 ans, légèrement alcoolique, mais robuste et bien portant d'habitude.

Le 25 avril 1895, il a la poitrine violemment serrée surtout du côté droit entre 2 tonneaux. Dix jours après, fièvre, frissons, point de côté, inappétence, dyspnée. On diagnostique une pleurésie droite, pour laquelle, pendant des mois, le malade est traité par l'apposition de 17 vésicatoires successifs. Enfin, de guerre lasse, le médecin lui déclare en octobre qu'il est guéri, et notre homme, bien que toujours court d'haleine et facilement oppressé, se remet à travailler. Mais il s'arrête au bout de quelques jours, et le 4 décembre, il nous arrive, porteur d'un épanchement moyen et enkysté de la moitié inférieure de la plèvre droite. Nous lui retirons dès le lendemain un litre et demi de sérosité citrine et dès lors cet épanchement, vraisemblablement si ancien, ne se reproduit plus. La guérison se fait sans incident; au bout de 3 semaines le malade nous quitte parfaitement rétabli et ne présentant aucun signe général ou local de tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION XII (MALLOIZEL)

Lal. Julien, 46 ans, parqueteur, 17 mai 1906. Hôpital Broussais.

Le malade est passé de chirurgie où il était soigné pour des contusions multiples et où on avait constaté par hasard les signes d'un épanchement pleural gauche évoluant sans signes fonctionnels. Marié une première fois à une femme morte de tuberculose pulmonaire il y a 11 ans, il en a eu cinq enfants tous morts de méningite tuberculeuse.

Remarié à une deuxième femme bien portante, il en a eu cinq enfants tous bien portants dont l'aîné a 10 ans. Exempté du service militaire pour fracture de jambe, il a toujours joui d'une santé parfaite.

Le 24 avril il fit une chute de deux étages et tomba sur le côté gauche. Transporté à Boucicaut, où on constata l'absence de toute fracture, il en sortit deux jours après, mais pour rentrer bientôt à Broussais, à cause de douleurs dans la hanche, le côté et l'épaule gauche. C'est en chirurgie qu'on reconnut par hasard sa pleurésie, car il se plaignit de quelques élancements dans le côté gauche.

Examen le 17 mai. Homme grand et vigoureux. Ecchymose étendue de la hanche gauche, sur le bras et l'avant-bras droit, nævis congénitaux.

Poumons. S et R normaux partout, sauf à la base gauche sur les 3 derniers espaces intercostaux. La matité est uniquement postérieure et ne s'étend ni latéralement, ni en avant. A ce niveau, on entend un souffle pleurétique doux, très net, avec broncho-égophonie et pectoriloquie aphone. Rien dans tous les autres appareils.

19 mai, ponction exploratrice. L'aiguille pénètre dans une cavité où elle reste mobile, ne bute pas contre le poumon. Le liquide retiré est légèrement hémorrhagique.

21 mai, nouvelle ponction. Liquide encore légèrement coloré.

23 mai. Sort sur sa demande. Matité des 2 derniers espaces, avec souffle et égophonie.

Recherches de laboratoire. — Inoculation de 10 cc. de liquide au cobaye: pas de tuberculose.

Cytologie: 19 et 22 mai: formule identique.

Macrophages vacuolaires isolés ou en petits placards, rares lymphocytes quelques polynucléaires ordinaires; très nombreux mono ou polynucléaires eosinophiles avec tous les intermédiaires. Dans les mononucléaires les granula-

tions sont un peu allongées et moins nombreuses. A l'éocyanin quelques mono et polynucléaires ont des grains cyanophiles allongés. Pas de mononucléaires moyens à petits grains cyanophiles.



CONCLUSIONS

I. — Le traumatisme thoracique est capable de produire une pleurésie séro-fibrineuse, alors même qu'il n'existe pas de fracture de côte.

II. — La pleurésie séro-fibrineuse traumatique sans fracture de côte peut avoir des modes différents de formation :

1) Elle peut être le simple résultat de la réaction de l'épithélium pleural contre l'élément nécrotique produit par le traumatisme.

2) Elle peut résulter de l'irritation dûe à une lésion pulmonaire sous-jacente.

3) Elle peut provenir d'une localisation bacillaire latente et existant déjà sur la plèvre, ou secondaire produite par le traumatisme.

III. — La clinique ne nous permet pas toujours de différencier une pleurésie traumatique séro-fibrineuse aseptique d'une pleu-

résie séro-fibrineuse traumatique de nature tuberculeuse.

IV. — Le pronostic de la pleurésie séro-fibrineuse traumatique sans fracture de côte doit toujours être très réservé, le traumatisme étant bien souvent l'origine du développement d'une tuberculose pleurale et pulmonaire jusque-là latente.



Vu : *Le Président de thèse,*
RAYMOND.

Vu : *Le Doyen,*
D. LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- GIOVANI (G.). — Pleurite traumatica a torace integra. *Gazette des Hôpitaux de Milan*, 1908, p. 1012.
- JOUSSET (André). — Pronostic des pleurésies séro-fibrineuses. *Clinique*, Paris, 1907, pp. 801-805.
- CHAUFFARD. — Pleurésies traumatiques. *Semaine médicale*. Paris, 1896, p. 81.
- COLLINS. — *Lancet*, London, 1905, p. 88.
- LEBERT. — Observation de phtisie consécutive à des traumatismes de la poitrine.
- LUSTIG. — Ein fall von linksseitiger tuberkulöser pleuritis nach einem trauma. *Wiener-Medical Woche*, 1884, p. 1521.
- DECHAMBRE. — Dictionnaire de Médecine.
- BARJON-LESUEUR. — *Lyon Médical*, 5 mai 1901, p. 647.
- STERN (R.). — Ueber traumatische Entstehung innerer Krankheiten, 1 vol., Léna, 1900, p. 172.
- BARJON-LESUEUR. — A propos des pleurésies séro-fibrineuses dites d'origine traumatique. *Lyon Médical*, 5 mai 1901, p. 647.
- MOSNY et HARVIER. — Pleurésie séro-fibrineuse post-traumatique. *Semaine médicale*, Paris, 1907.
- MOSNY et MERY. — *Semaine médicale*, Paris, 1907, p. 163.

ELTEN. — Monatsschrift für Unfallheilkunde. Leipzig, 1898, pp. 82-85.

BROUARDEL et GILBERT. — Traité de médecine et de thérapeutique.

CARTIER. — Société de biologie, juin 1909.

KORNEFELD. — Derztliche Sachverst. Ztg., Berlin, 1897, pp. 339-341.

FORGUE et JEANBRAU. — Guide du médecin dans les accidents du travail.

MOSNY. — *Presse médicale*, 1902, p. 855.



Imprimerie spéciale H. CHACORNAC

9, rue de l'Éperon — PARIS
